

## Toestemmingsformulier

De ouder(s)/verzorger(s) van

Naam kind: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_ O jongen O meisje  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

geven hierbij toestemming aan de psycholoog/orthopedagoog van het  
OEC regio IJsselstein om informatie m.b.t. hun kind op te vragen bij:

Naam instelling: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Naam contactpersoon: \_\_\_\_\_

Naam instelling: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Naam contactpersoon: \_\_\_\_\_

Naam instelling: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Naam contactpersoon: \_\_\_\_\_

Ondertekening

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening moeder/verzorger:

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening vader/verzorger:

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening kind (indien 12 jaar en ouder):